UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 124

DE L'INFLUENCE

DE LA

COMPRESSION OCULAIRE

sur la Tension artérielle

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 14 AVRIL 1920

PAR

Edouard RAYAN

Externe des Hôpitaux (Concours 1912)
Décoré de la Croix du guerre
Né à Lunel (Hérault), le 29 juin 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

VIRES (✲), Professeur, *Président.*
TRUC (O. ✲), Professeur.
EUZIÈRE, Agrégé.
LISBONNE, ch. c.
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1920

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547009_0128

DE L'INFLUENCE

DE LA COMPRESSION OCULAIRE

SUR LA TENSION ARTÉRIELLE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 124

DE L'INFLUENCE

DE LA

COMPRESSION OCULAIRE

sur la Tension artérielle

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 14 AVRIL 1920

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Edouard RAYAN

Externe des Hôpitaux (Concours 1912)
Décoré de la Croix du guerre
Né à Lunel (Hérault), le 29 juin 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

VIRES (✲), Professeur, *Président.*
TRUC (O. ✲), Professeur.
EUZIÈRE, Agrégé. } *Assesseurs.*
LISBONNE, ch. c.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
N..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TÉDENAT (O ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE. (O ✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲).
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie Pathologique	MASSABUAU (✱).
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Microbiologie	N.
Pathologie interne	N.
Clinique médicale	N.
Médecine légale et toxicologie	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲),
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syph. il. et cutanées.	VEDEL, prof.-adj. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBREAU, (O ✲ ✱) a. l. (c. c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ✲ ✱ a. l. (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIÈRE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.
Matière médicale	CABANES.
Microbiologie	LISBONNE, agr. (ch. de c.)
Stomatologie	WATON (✲ ✱). (docteur).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	DELMAS (Paul).	LISBONNE. ch. c.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH, ✲ (ch. d'ag.)
GAUSSEL. (✲ ✱).	J. DELMAS (✱).	
RICHE.	RIMBAUD. (✲).	

Examinateurs de la thèse :

MM. VIRES (✲), prof. président.	MM. EUZIÈRE, agrégé.
TRUC (O. ✲), prof.	LISBONNE, ch. c.

La faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA GRAND-MÈRE

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Faible témoignage d'amour filial.

A MON FRÈRE

Ed. Rayan.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

In memoriam.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

In memoriam.

INTERNAT SUP.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

Respectueux hommage de reconnaissance.

ED. RAYAN.

INTRODUCTION

L'histoire du réflexe oculo-cardiaque, découvert en 1908, était déjà riche en août 1914. Elle s'est encore enrichie au cours de la guerre à la lumière des multiples observations que celle-ci nous a fournies.

Mais la compression oculaire n'agit pas seulement sur les centres modérateurs et accélérateurs cardiaques, elle agit aussi en provoquant des effets réflexes sur tous les centres bulbaires.

Notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé Euzière, nous a suggéré l'idée de rechercher l'influence de la compression oculaire sur la Tension artérielle au cours de différents états pathologiques.

C'est dans son service de l'Hôpital Général, dont nous avons été l'interne au cours du dernier semestre, que nous avons recueilli les observations cliniques qui forment la base de notre thèse.

Qu'il nous soit permis de lui adresser ici nos remerciements pour l'intérêt qu'il a porté à notre modeste travail et les précieux conseils dont il nous a guidé.

DE L'INFLUENCE

DE LA

COMPRESSION OCULAIRE

SUR LA TENSION ARTERIELLE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

« Toute excitation d'un nerf sensible, dit le professeur Hédon dans son précis de Physiologie, retentit sur le cœur pour en modifier le rythme. »

Ce n'est qu'une application de cette loi générale que décrivit Ashner en 1908, quand ayant observé accidentellement, pendant une anesthésie, le ralentissement du pouls sous l'influence de la compression oculaire, il présenta ce phénomène comme « un réflexe non encore décrit de l'œil sur la circulation et la respiration. »

En 1909, Dagnini rapporte avoir observé chez les hémiplégiques des modifications du pouls obtenues par une compression exercée aussi bien sur l'œil du côté sain que sur l'œil du côté hémiplégique. Il observa même que cette compression pouvait déterminer un mouvement très étendu d'ouverture de la bouche.

En 1910, Milaslowitch dénomma le réflexe « Trijumeau

vague » qu'il trouva sur de nombreux sujets atteints d'affections diverses.

En 1913, Lœper et Mougeot décrivirent à la société médicale des Hôpitaux, le Réflexe oculo-cardiaque. En même temps, Gautrelet décrivait le ralentissement du pouls dans la maladie de Basedow, sous l'influence de la compression oculaire.

Lœper et Mougeot signalèrent l'abolition du Réflexe oculo-cardiaque dans le Tabes, son importance dans le diagnostic de la nature des bradycardies et dans le diagnostic des névroses gastriques.

Petzetakis décrivit l'abolition du Réflexe oculo-cardiaque par l'atropine, son exagération par la pilocarpime, sa persistance pendant l'anesthésie générale.

Garnier et Lévy-Frankel étudièrent les modifications du réflexe oculo-cardiaque sous l'influence de la gestation.

Aviragnet nota la disparition de ce signe au cours de l'intoxication diphtérique.

Roubinowitch signala l'abolition ou l'inversion du réflexe dans les hémiplégies et les diplégies, Guillain dans les paralysies pseudo-bulbaires.

Lesieur nota l'influence de la compression oculaire chez les épileptiques, entraînant une exagération de la réflectivité. Il signala aussi un cas d'arrêt total du cœur par le réflexe oculo-cardiaque.

Etudiant les résultats de la compression oculaire chez les aliénés, Euzière et Margarot constatèrent une accélération des pulsations chez les anxieux et les angoissés.

Mais déjà dans ces effets réflexes de la compression oculaire, Petzetakis puis Delava distinguaient plus que le Réflexe oculo-cardiaque. Petzetakis décrivait un réflexe oculo-respiratoire et un réflexe oculo-vasomoteur. Paul Delava étudiait les modifications circulatoires et respiratoires produites par la compression oculaire et arrivait aux mêmes résultats.

Ici comme ailleurs, la guerre par la multiplicité des observations qu'elle a fournies, a contribué à l'étude du Réflexe oculo-cardiaque.

Sainton l'a étudié dans la méningite cérébro-spinale et en rapport avec les troubles subjectifs des trépanés.

Duperrié a noté ses modifications dans les plaies de poitrine. Collet et Petzetakis dans les lésions traumatiques des pneumogastriques.

Dans une étude générale du Réflexe oculo-cardiaque chez les blessés de guerre, Gautrelet a conclu qu'il était généralement exagéré sauf dans les traumatismes osseux.

Jean Félix le signale comme fréquemment aboli dans la syphilis.

Mougeot et Duverger l'ont étudié dans les traumatismes crâniens, oculaires et encéphaliques.

Dorlencourt a trouvé le Réflexe oculo-cardiaque très souvent absent au cours des états de Schock, ce qui met en évidence l'inactivité fonctionnelle dont les centres de la vie végétative sont frappés au cours du Schock.

Laval et Girou considèrent l'inversion du Réflexe oculo-cardiaque comme un signe de compression cérébrale et ils pensent que les modifications de ce réflexe constituent un nouveau signe qui vient s'ajouter à la symptomatologie souvent si fruste des complications endocraniennes d'origine otique.

CHAPITRE II

PHÉNOMÈNES OBSERVÉS AU COURS DE LA COMPRESSION DES GLOBES OCULAIRES

« La compression des globes oculaires a, par voie réflexe, un retentissement considérable sur la plupart des fonctions qui ont, dans la substance grise bulbaire, leur centre de régulation » (1).

Ainsi, la compression oculaire va, par l'intermédiaire du nerf trijumeau, transmettre au bulbe une excitation qui se traduira par un ensemble d'effets réflexes que nous allons essayer d'examiner.

1° Des phénomènes généraux. — Ces phénomènes, signalés par la plupart des auteurs qui ont étudié le réflexe oculo-cardiaque, sont à la vérité assez rares.

On a pu constater, en effet, au début de la compression oculaire, une pâleur subite de la face, pouvant s'accompagner d'une sensation de chaleur ou de froid, un sentiment de constriction cervicale et rétrosternale accompagné de coliques, de nausées parfois suivies de vomissements. Ces nausées s'accompagnent de sensations vertigineuses, de

(1) Petzetakis. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1er mai 1914.

bourdonnements d'oreilles. Puis le malade accuse de la céphalée, une gêne de la respiration dont il a conscience.

2° Action sur le cœur et sur le pouls. — La palpation du pouls indique des réactions variables suivant les cas observés. Le pouls peut : *a)* se ralentir ; *b)* s'accélérer ; *c)* ne subir aucune modification.

Le plus souvent le pouls est ralenti d'un nombre de pulsations très variable dont les chiffres extrêmes peuvent être 4 ou 60 environ. Ce ralentissement peut aller jusqu'à la suppression du pouls qui devient incomptable, puis imperceptible. Lesieur a signalé un cas d'arrêt total du cœur par le réflexe oculo-cardiaque. Dufour et Legras ont également signalé un cas analogue. Les tracés sphygmographiques montrent le ralentissement avec la plus grande netteté.

Le début du ralentissement suit de près le début de la compression et la modification persiste un certain temps après elle, variable suivant les sujets et généralement d'autant plus accusé que la compression a été plus forte et plus prolongée.

Cantelli a insisté sur une variété du réflexe oculo-cardiaque qu'il a appelé *paradoxal*. Dans ce réflexe, les modifications du nombre des battements cardiaques et des pulsations persistent alors que la compression oculaire a cessé.

Le réflexe peut être inversé, il y a alors accélération au lieu de ralentissement. Sainton signale un cas dans lequel la différence en faveur de l'augmentation a été de 46 pulsations.

Enfin le réflexe peut ne pas modifier le rythme et le nombre des pulsations, on dit alors qu'il est aboli.

Le centre de ce réflexe oculo cardiaque se trouve dans le bulbe ; en effet, à ce niveau, le noyau sensitif du trijumeau est immédiatement contigu au pneumogastrique ; celui-ci traverse le noyau même du trijumeau sensitif.

La principale des voies centrifuges du R. O. C. est donc le pneumogastrique. Ashner, chez l'animal, a constaté la suppression du réflexe à la suite de la section de ce nerf. Petzetakis a démontré l'abolition du réflexe par l'atropine, substance ayant une action paralysante élective sur le pneumogastrique.

Milaslowitch avait désigné ce réflexe « trijumeau-vague ». Toutefois, la réponse à la compression oculaire peut parfois prendre une autre voie : celle du sympathique. Dans le premier cas on avait la diminution du nombre des pulsations, dans le second cas elles augmentent

C'est donc un réflexe trijumeau-vago-sympathique.

Ces considérations ont permis de conclure que le ralentissement du pouls sous l'influence de la compression traduisait un état de vagotonie ; chez ceux dont le sympathique était hyperexcitable, l'accélération était la manifestation de la sympathicotonie.

3° Influence de la compression oculaire sur les mouvements respiratoires. — On a décrit un réflexe oculo-phrénique, encore appelé réflexe oculo-respiratoire. Pour Vernet et Petzetakis, la respiration peut devenir spasmodique, le rythme se ralentit légèrement ; les lignes d'ascension et de descente, correspondant l'une à l'inspiration, l'autre à l'expiration sont presque verticales et séparées par de véritables pauses, dont les durées sont du reste variables (1). Enfin le thorax peut s'arrêter en expiration. Les pauses inspiratoires constituent le phénomène le plus constant et le plus caractéristique des troubles respiratoires observés ainsi. Dans quelques cas, elles peuvent être longues.

---

(1) Voir les tracés respiratoires de Petzetakis reproduits dans le *Journal de Physiologie et de Pathologie générale* de décembre 1915.

4° Modifications de la pression artérielle. — Ce sont celles qui nous intéressent surtout.

Pour Loeper et Mougeot, dans la recherche du réflexe oculo-cardiaque, la pression artérielle serait abaissée ; au simple examen du pouls, on aurait dans certains cas l'impression de cette diminution subite de la pression. Mais si, pour les précédents auteurs, le R. O. C. est constitué par le trépied : ralentissement du pouls, diminution d'amplitude et chute de la pression artérielle ; l'école lyonnaise n'est pas de cet avis et Petzetakis pense que la diminution de la pression artérielle serait indépendante des modifications du rythme cardiaque dues à la compression oculaire. Delavá pensé aussi qu'il existe certainement *un réflexe oculo-vásomoteur spécial*. Enfin Ashner, dans ses recherches, avait admis que le R. O. C. s'accompagnait d'augmentation de la pression artérielle.

En réalité, la tension artérielle est quelque chose de complexe, c'est le résultat de deux facteurs qui semblent s'opposer : l'impulsion cardiaque, d'une part et la résistance des capillaires, d'autre part. Physiologiquement, la pression artérielle augmente si le cœur accroît l'énergie de ses contractions ou si les petits vaisseaux se resserrent, elle baisse au contraire si le cœur faiblit ou si les capillaires se dilatent. Ces actions cardiaque et vasculaire sont régularisées par le système nerveux. La loi de Marey nous indique que le cœur règle ses mouvements d'après la résistance à vaincre.

Le cœur est donc sensible aux variations de la pression sanguine et la régulation de la pression sanguine, en ce qui concerne son facteur cardiaque, s'établit par le jeu des appareils modérateur et accélérateur.

Le second facteur de la pression sanguine c'est le tonus vasculaire, lequel se trouve sous la dépendance du bulbe renfermant le centre vaso-moteur.

Les variations de la tension sanguine, sous l'influence de

la compression oculaire, tiennent donc, d'une part, aux modifications de la contraction cardiaque par l'influence que le cœur exerce sur la pression artérielle, et d'autre part, à une action réflexe que le trijumeau déclanche au niveau du bulbe par réaction des centres vasomoteurs.

Les variations de la tension sanguine pendant que l'on comprime les yeux sont donc le résultat des variations de ces deux facteurs : le cœur central, le cœur périphérique.

5° Autres phénomènes. — On a signalé dans des cas spéciaux d'hyperexcitabilité bulbaire considérable, des troubles de la mastication et de la déglutition par la compression oculaire. On a signalé des contractions énergiques de la demi-face et un mouvement très étendu d'ouverture de la bouche. On a pu provoquer l'élévation de l'épaule. Dans quelques cas semblables, la compression oculaire, en provoquant de grands ralentissements du cœur, a exagéré nettement les réflexes tendineux et cutanés.

Enfin, Lesieur, Vernet et Petzetakis ont pu obtenir un autre phénomène dont on ne peut que souligner l'intérêt physiologique. Chez des sujets dont le bulbe était très sensible, ces auteurs ont pu provoquer de la polyurie, de l'albuminerie et de la glycosurie. N'apparaissant que quelques heures après l'expérience, ne durant que quelques heures, ces modifications urinaires reproduisent chez l'homme la célèbre expérience de Claude Bernard, de la piqûre du quatrième ventricule.

Pour Lœper et Mlle Weill, la compression oculaire aurait parfois une action favorable sur certaines manifestations nerveuses. Elle a une influence particulièrement efficace sur le hoquet qu'elle supprime.

En somme, on peut conclure de cette étude que par la compression oculaire nous avons un moyen de produire une excitation qui, par la voie bulbaire, retentira sur l'équilibre des grandes fonctions. Or la bulbe contient des

centres réflexes importants : centre respiratoire, modérateur cardiaque, vasomoteur, thermique ; les centres des mouvements de la déglutition, les centres sécrétoires, glycogéniques, sudoraux, salivaire. L'analyse des effets de la compression oculaire nous montre qu'elle rentre dans les lois générales des excitations de cette nature depuis longtemps étudiées en physiologie (expériences de Schiff, de Golz, de Claude Bernard, etc.). Nous possédons donc, avec la compression oculaire, un moyen commode et précieux de pénétrer dans le mécanisme régulateur et coordinateur de ces fonctions et surtout de pouvoir étudier les troubles qui s'y introduisent au cours des différents états pathologiques.

CHAPITRE III

LES VOIES DU RÉFLEXE OCULO-VASOMOTEUR
L'ARC RÉFLEXE

Voie centripète. — Nous savons que la compression des yeux agit par voie réflexe sur toutes les fonctions bulbaires. Cette excitation d'ordre extrafonctionnel est transmise par la voie du trijumeau à la substance grise bulbaire.

Le trijumeau, nerf mixte distribue ses fibres dans trois branches : l'ophtalmique de Willis, le maxillaire supérieur, le maxillaire inférieur.

L'ophtalmique de Willis donne la sensibilité à la peau du front, du nez, de la paupière supérieure, à la conjonctive, la cornée, l'iris.

Or la section du nerf trijumeau supprime toutes les réactions bulbaires que l'on observe pendant la compression oculaire, tandis que la section des nerfs oculo-moteur, olfactif, pathétique, acoustique ou facial ne modifie nullement ses réactions.

C'est donc bien le nerf trijumeau qui constitue la voie centripète du réflexe oculo-vasomoteur comme il constitue d'ailleurs celle du R. O. C.

Centre du réflexe. — L'excitation transmise par le trijumeau trouve au niveau du bulbe d'importants centres de réflexion, tous voisins les uns des autres. Cette excitation

va se diffuser parmi ces centres. Or le bulbe tient sous sa dépendance le tonus vasculaire il renferme le centre vasomoteur, ou plus exactement le centre principal vasomoteur car il y a aussi dans tout l'axe bulbo-médullaire des centres vasomoteurs secondaires échelonnés.

Il s'agit là d'une excitation véritablement et purement réflexe suivant le trajet même des arborisations nerveuses.

C'est la proximité des origines du trijumeau avec les centres contenus dans le bulbe qui constitue la base physiologique de tous les réflexes observés pendant la compression oculaire.

Quant aux centres vasomoteurs, nous savons qu'ils peuvent donner naissance à des réflexes vasomoteurs qui seront des réflexes vasoconstricteurs ou vasodilateurs.

Nous savions que l'excitation d'un nerf sensible pouvait produire les premiers, quant aux seconds ils ont pour type la vaso-dilatation qui accompagne l'excitation du nerf dépresseur ou nerf de Cyon qui chez certains animaux est distinct du pneumogastrique.

L'excitation du bout central de ce nerf dépresseur détermine une chute de la pression artérielle et un ralentissement du cœur. C'est la chute de la pression qui est le phénomène important et essentiel, car si on sectionne les pneumogastriques, on n'observe plus le ralentissement du cœur tandis que survient toujours l'abaissement de la pression.

Le bulbe peut donc réagir à une excitation en exerçant une action sur les centres nerveux qui tiennent sous leur dépendance le tonus vasculaire.

Voies centrifuges. — Les voies centrifuges du réflexe oculo-vasomoteur sont constituées par tous les nerfs vasomoteurs qui se terminent dans la tunique moyenne des petits vaisseaux, tunique contractile qui en se relâchant entraîne une dilatation de ces vaisseaux et qui en se contractant resserre leur calibre.

CHAPITRE IV

COMMENT RECHERCHE-T-ON LE RÉFLEXE OCULO-VASOMOTEUR

Le sujet est couché. On note son pouls. Puis un aide comprime les deux yeux et on note les variations du pouls qui surviennent. On a ainsi la valeur du R. O. C. qui est normal c'est-à-dire ralenti, absent ou inversé.

On laisse reposer deux ou trois minutes le sujet. On prend sa tension artérielle normale, (Dans les observations que nous rapportons nous nous sommes toujours servi de *l'oscillomètre sphygmomètrique de Pachon*). Nous notons par conséquent les *valeurs Max. et Min. de la tension artérielle.* Nous invitons alors comme précédemment notre aide à faire la compression binoculaire et nous reprenons immédiatement la tension Max. et la tension Min. pendant la compression.

CHAPITRE V

LE RÉFLEXE OCULO-VASOMOTEUR A L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE

En faisant l'étude du Réflexe oculo-cardiaque, de nombreux auteurs se sont demandé ce que devenait la tension sanguine au cours de cette recherche.

Ashner avait conclu à l'augmentation de la tension artérielle pendant la compression oculaire.

Lœper et Mougeot faisaient au contraire de la chute artérielle au cours de la compression des yeux un des éléments constituant le trépied sur lequel reposait le réflexe oculo-cardiaque : ralentissement des pulsations, diminution d'amplitude, chute de la pression artérielle. Pour ces auteurs la pression artérielle serait abaissée.

Elle serait, pour Petzetakis indépendante des modifications du rythme cardiaque dues à la compression oculaire, elle constituerait un réflexe indépendant à point de départ bulbaire le *réflexe oculo-vasomoteur*.

Paul Delava ayant expérimenté sur 16 chiens, a présenté à la société de Biologie les résultats de son étude des modifications circulatoires et respiratoires au cours de la compression oculaire. Pour ce qui est de l'effet sur la pression sanguine, il s'exprime ainsi : « Il existe certainement *un réflexe spécial vasomoteur*. On voit, dans presque tous les cas, la pression sanguine s'élever pendant la

compression, puis retomber après elle, parfois en dessous de sa valeur initiale. Cet effet se produit indépendamment des phénomènes respiratoires et de toute modification du rythme cardiaque. On voit parfois, il est vrai, baisser la pression ; mais alors c'est que d'autres facteurs interviennent, tels qu'une accélération du pouls avec diminution d'amplitude des systoles ou bien un ralentissement assez marqué du cœur » (1).

Petzetakis a donné les résultats suivants (2) : « Voici ce que nous avons observé sur un grand nombre de sujets normaux soumis à cet examen :

1° La pression artérielle peut baisser dès le début de la compression, pendant le ralentissement concomitant du cœur et si ce ralentissement est extrême, rester abaissée pendant toute la durée de la compression ;

2° La pression artérielle, abaissée au début pendant une phase de ralentissement considérable, peut monter ensuite quand la compression a pour résultat d'établir l'automatisme ventriculaire, alors que le rythme devient un peu plus rapide, mais extrêmement ralenti, en comparaison avec le rythme normal. Dans ce cas particulier, où le pouls est d'une régularité parfaite, on peut se rendre compte que la tension minima s'élève parallèlement à la tension maxima ;

3° La pression artérielle peut s'élever dès le début de la compression alors que le rythme se ralentit ;

4° La pression artérielle peut se maintenir à son taux sensiblement normal, malgré le ralentissement du rythme ;

5° La pression artérielle peut monter alors que le pouls s'accélère. »

De tout ceci, il résulte qu'il existe à l'état normal un réflexe oculo-vasomoteur, indépendant du réflexe oculo-

---

(1) Société de Biologie. Séance du 4 avril 1914.

(2) Société Médicale des Hôpitaux. — 1er mai 1914.

cardiaque, mais plus difficile à préciser, parce qu'on ne peut l'apprécier que par l'examen de la tension artérielle et que celle-ci est quelque chose de complexe, résultat de nombreux facteurs.

On ne peut donc pas comme pour le réflexe oculo-cardiaque, donner un type de réflexe physiologique.

Personnellement, nous n'avons pas recherché le Réflexe oculo-vaso moteur chez des sujets normaux. Nous nous sommes toujours adressé à des malades du service, recherchant de préférence ceux chez lesquels nous savions que le Réflexe oculo-cardiaque devait être le plus troublé (épileptiques, Tabétiques, paralytiques généraux, etc.) Dans le chapitre suivant, nous allons exposer le résultat de nos recherches et nous verrons les conclusions que l'on en peut tirer.

CHAPITRE VI

LE RÉFLEXE OCULO-VASOMOTEUR A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE

Voici le résultat de 50 observations cliniques personnelles qui ont été prises à l'Hôpital Général, dans le service de M. le professeur agrégé Euzière.

1. — B. M., fille de 20 ans. Epileptique non bromurée. R. O. C. exagéré = 20. La tension artérielle Max. 12 1/2 et Min. 6 1/2 monte sous l'influence de la compression oculaire à Max. 13 1/2 et Min. 7.

2. — P. J., fille de 20 ans. Epileptique non bromurée. R. O. C. exagéré = 18. La tension artérielle Max. 15 et Min 9 diminue pendant la compression des yeux pour atteindre : Max. 14 — Min. 8.

3 — C. E., fille de 25 ans. Epileptique non bromurée. R. O. C. normal = 12. La tension artérielle Max. tombe pendant la compression de 13 à 11 1/2. La Min. ne varie pas.

4. — M. A., femme de 42 ans. Epileptique non bromurée. R. O. C. exagéré = 14. Pendant la compression oculaire la tension Max. augmente de 11 1/2 à 12 1/2. La tension Min. diminue légèrement de 7 à 6 1/2.

5. — C. C., femme de 64 ans. Epileptique non bromurée. R. O. C. normal = 8. Tension artérielle Max. 21 et Min. 11 1/2. Tombe pendant la compression oculaire à 20 et 10.

6. — R A, femme de 44 ans. Epileptique non bromurée. R. O. C. normal = 12. La tension artérielle augmente comme Max. de 14 1/2 à 17 et comme Min. de 7 à 10 pendant la compression des yeux.

7. — S., homme de 24 ans. Epileptique non bromuré. R. O. C. exagéré = 20. Pendant la compression oculaire la tension Max. augmente de 16 1/2 à 18. La tension Min. descend de 10 à 9 1/2.

8. — B. M., femme de 28 ans. Epileptique non bromurée. R. O. C. exagéré = 16. Tension Max. = 16, Min. = 8. Pendant la compression Max. = 15, Min. = 6.

9. — R. J., fille de 26 ans. Epileptique non bromurée. R. O. C. absent, tandis que la pression artérielle passe de 14 à 15 comme Max. et de 7 1/2 à 9 comme Min.

10. — A. M., fillette de 15 ans. Epileptique non bromurée. R. O. C. absent. R. O. V. absent.

11. — M. A., femme de 40 ans. Epileptique non bromurée. R. O. C. absent. R. O. V Max. absent. La tension Min. passe de 10 à 9.

12. — T. M., femme de 65 ans. Epileptique non bromurée. La compression oculaire très douloureuse empêche toute recherche.

13. — M., homme de 40 ans. Epileptique non bromuré. La compression oculaire très douloureuse empêche toute recherche.

14. — F. M., femme de 42 ans. Epileptique bromurée. R. O. C. normal = 10. Sous l'influence de la compression, la tension artérielle Max. passe de 16 à 17, Min. de 11 à 11 1/2.

15. — A., homme de 50 ans. Epileptique bromuré. R. O. C. normal = 8. La tension Max. augmente de 14 à 16. La pression Min. de 8 à 10.

16. — S., homme de 20 ans. Epileptique bromuré. R. O. C. = 12. La pression Max. augmente de 19 1/2 à 20 1/2. La pression Min, ne varie pas.

17. — B., garçon de 15 ans. Epileptique bromuré. R. O. C. normal = 12. La tension artérielle augmente pendant la compression des yeux de 11 1/2 à 12 1/2 pour la Max. de 8 à 10 pour la Min.

18. — B., homme de 26 ans. Epileptique bromuré. R. O. C. = 4. La tension artérielle augmente pendant la compression de 13 à 14 1/2 pour la Max., de 8 à 10 pour la Min.

19. — C., homme de 35 ans. Epileptique bromuré. R. O. C. = 4. R. O. V. absent, à peine marqué pour la Min. qui s'abaisse de 1/2.

20. — C. P., fille de 17 ans. Epileptique bromurée. R. O. C. fortement inversé se traduit par une augmentation de 12 pulsations. Pas de modifications de sa pression artérielle.

21. — M. P., homme de 34 ans. Epileptique bromuré. R. O. C. inversé = 4. La tension artérielle augmente pendant la compression de 16 à 17 pour la Max., 10 1/2 à 11 1/2 Min.

22. — M. L., femme de 45 ans. Tabétique. R. O. C. aboli. R. O. V. aboli.

23. — R., homme de 50 ans. Tabétique. R. O. C. aboli. R. O. V. aboli.

24. — S., homme de 65 ans. Tabétique. R. O. C. aboli. R. O. V. aboli.

25. — A., homme de 52 ans. Tabétique, morphinomane, R. O. C. normal, mais faible = 4. R. O. V. aboli.

26. — A. L., femme de 68 ans, chez qui on a porté le diagnostic de Tabes arrêté dans son évolution.
R. O. C. *inversé* = 8. Pendant la compression oculaire la tension Max. monte de 19 1/2 à 21 et Min. de 10 1/2 à 12.

27. — V., homme de 45 ans. — P. G. P. — R. O. C. absent. R. O. V. absent.

28. — V., homme de 41 ans. P. G. P. — R. O. C. aboli. Le R. O. V. fait passer la tension Max. de 14 à 17, la tension Min. de 10 à 11 1/2.

29. — V., homme de 34 ans. — P. G. P. avancé. — Présente un R. O. C. *exagéré* = 14, coexistant avec l'absence du signe d'Argyll-Robertson. Pendant la compression oculaire sa tension artérielle Max. passe de 15 à 16, Min. de 9 à 10.

30. — S., homme de 34 ans. P. G. P. au début. R. O. C. normal = 10. La tension Max. augmente de 15 1/2 à 17 et la tension Min. de 8 1/2 à 10.

31. — V. M., femme de 50 ans. Débilité mentale. R. O. C. = 8. La tension Max. ne varie pas. La tension Min. augmente de 7 à 8.

32. — F. J., fille de 20 ans. Débilité mentale. — R. O. C. normal = 10. Les tensions Max. et Min. atteignent respectivement les chiffres de 15 et 9. Elles descendent pendant la compression à 14 1/2 et 8.

33. — B., débile mental de 36 ans. R. O. C. normal = 12. Sa tension sanguine ne varie pas.

34. — F., débile mental de 27 ans. R. O. C. normal = 4. pendant la recherche du R. O.-V. sa tension Max. diminue de 17 1/2 à 17, sa tension Min. de 8 à 7.

35. — C. E, fille de 24 ans. Débilité mentale. R. O. C. aboli. — R. O. V. aboli.

36. — B., débile mental de 52 ans. R. O. C. absent. R. O-V. absent pour le Max., marqué par une baisse de 1 cm. pour la Mm.

37. F. F., débile mental de 45 ans. Convalescent de pneumonie. R. O. C. *fortement inversé* = 16. La tension Max. tombe pendant la compression oculaire de 19 à 18 1/2, sa tension Min. de 10 à 8.

88. — N., homme de 40 ans. Maladie de Parkinson. R. O. C. normal = 4. Tens. art. Max. = 16, Min. = 10. Elle tombe pendant la compression oculaire à 14 et 9 1/2.

39. — A. G., fille de 17 ans, Maladie de Friedreich. R. O. C, normal = 12 La tens. Max tombe de 14 à 13, la tens. Min augmente de 10 1/2 à 11.

40. — A. E., femme de 60 ans. A eu autrefois des crises nerveuses? R. O. C. positif = 4. La tension Max. ne varie pas. La tension Min. baisse de 12 à 11 pendant la comp. ocul.

41. — L., homme de 58 ans. Pas de lésion caractéristique. Réflexes normaux, pas de signe d'Argyll et cependant absence du R. O. C. et du R. O. V.

42 — A., homme de 64 ans. Polysclérose. Absence complète du R. O. C. et du R O. V.

43. — B. C., fille de 22 ans. Coxalgie. R. O. C. positif = 6. Pas de variations de la tens. art.

44 — C. C., fille de 26 ans. Mal de Pott dorsal. R. O. C. absent. Le R. O. V. est marqué par une diminution de la tension qui passe de 14 à 13 pour la Max. et de 9 à 8 pour la Min.

45. — J., homme de 60 ans. A subi une émasculation totale pour néoplasme de la verge. R. O. C. absent. La tension artérielle augmente pendant la compression oculaire, Max. de 14 1/2 à 16, Min. de 8 à 9 1/2.

46. — B., homme de 60 ans. Bronchite chronique. R. O. C. absent. R. O. V. Max. tombe de 24 à 21. Min. 14 1/2 à 14.

47. — M., 45 ans. Accidents tertiaires de la syphilis, a subi un traitement. R. O. C. positif = 4. Pendant la compression des yeux, la tension Max. s'abaisse de 19 à 18, la Min. s'élève de 11 à 12.

48. — B., homme de 45 ans. Rhumatisme chronique déformant. R. O. C. normal = 8. La tension Max. tombe de 17 à 16 1/2. La tension Min. ne varie pas.

49. — B. R., fille de 24 ans. Tuberculoses chirurgicales multiples. R. O. C. exagéré = 16. Tension sanguine augmente de 13 à 13 1/2 pour la tension Max. de 9 à 9 1/2 pour la tension Min.

50. — L., homme de 58 ans, Asthmatique. R, O. C. exagéré = 32. La tension Max. augmente pendant la compression oculaire de 16 à 17 1/2, et Min. de 9 1/2 à 10.

Essayons de résumer ces observations :

1° Sur 21 épileptiques examinés, 2 fois la douleur provoquée par la compression oculaire a empêché toute

recherche. Sur les 19 autres cas, le R. O. C. a été 14 fois normal ou exagéré, 3 fois absent, 2 fois inversé.

Le R. O. V. a été 3 fois absent (coïncidant avec 2 abolitions et une inversion du R. O. C.).

Le R. O. V. a été absent pour la tension Max. seulement une fois, pour la tension Min. seulement 2 fois.

8 fois les tensions Max. et Min. ont augmenté.

3 fois elles ont diminué.

2 fois elles ont varié en sens inverse.

2° Sur 5 tabes examinés : 3 fois abolition complète du R. O. C. et du R. O. V., une fois coexistence d'un R. O. C. normal avec un R. O. V. absent, une fois inversion du R. O. C. avec augmentation de la tension.

3° Sur 4 paralytiques généraux, une fois abolition complète du R. O. C et du R. O. V. Dans les 3 autres cas, la présence du R. O. C. s'est accompagnée d'une augmentation de la tension artérielle.

4° Chez 7 débiles mentaux, le R. O. C. a été normal 4 fois, absent 2 fois, inversé une fois. La tension artérielle n'a pas varié du tout dans un cas. La Max. n'a pas varié dans 3 cas. Toutes les autres tensions ont diminué pendant la compression oculaire.

5° Sur 13 malades atteints d'affections diverses, le R. O. C. a été 8 fois normal, 5 fois absent. La tension artérielle n'a pas varié dans 3 cas (coexistant avec 2 absences du R. O. C.) 4 fois la tension artérielle a diminué, 3 fois elle a augmenté, dans un cas la Max. seule, dans l'autre la Min. seule n'ont pas varié.

Si maintenant nous examinons ces résultats relativement à la tension artérielle du malade avant tout début de

compression : en prenant comme tension normale 16 pour le Max. et 11 pour le Min., nous pouvons diviser nos 48 sujets de la façon suivante :

17 hypertendus,
12 à tension normale,
19 hypotendus.

1° Sur les 17 hypertendus, 7 fois la tension n'a pas varié (coexistant avec 6 absences du R. O. C.), 8 fois ces hypertendus ont vu diminuer leur tension ; 2 fois seulement ils la voyaient s'élever.

2° Sur 12 sujets à tension normale, 6 fois la tension n'a pas varié, 4 fois elle a augmenté, 2 fois elle a diminué.

3° Sur 19 hypotendus, 2 fois la compression oculaire n'a pas fait varier la tension, dans 12 cas elle a augmenté, dans 5 seulement elle a diminué.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

A. — Dans un premier groupe de faits, la compression oculaire n'entraîne aucun effet réflexe, pas plus du côté du nombre des pulsations que de la Tension sanguine. Dans ces cas, une lésion doit siéger sur l'arc sensitif du Rèflexe.

B. — Dans un deuxième groupe de faits, on constate des variations de la Tension artérielle, alors que le R O. C. est aboli. Ce sont ces faits qui prouvent l'existence d'un R. oculo-vasomoteur, faisant varier la tension artérielle sans l'intervention du facteur cardiaque.

Ces faits peuvent servir en outre à localiser une lésion sur l'arc moteur du R. O. C, et non sur son arc sensitif.

C. — Dans un troisième groupe, le R. O. C. existe et la tension ne varie pas. Ces faits sont plus difficiles à interpréter : La tension artérielle est le résultat de l'impulsion cardiaque et de la résistance des capillaires. Or si la tension reste la même, l'un de ses facteurs ayant varié, il semble qu'il y ait eu compensation de la part du second.

D. — Les tensions Max. et Min. varient le plus souvent dans le même sens, mais dans certains cas, il semble que la compression oculaire n'agisse que sur la tension systo-

lique ou que sur la Tension diastolique. On voit alors varier l'une des deux Tensions Max. ou Min., indépendament de l'autre.

E. — Dans les cas que nous avons observé, les tensions artérielles mesurées au Pachon, ont varié, sous l'influence de la compression oculaire entre 1/2 et 3 1/2 cm. de Hg.

F. — Envisagée par rapport à la tension artérielle normale on peut dire que la compression oculaire a tendance à faire diminuer la pression des Hypertendus, à augmenter celle des Hypotendus. Chez les sujets à pression normale, elle varierait dans un sens ou dans l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

Alzina Metils. — R. O. C. en Neurologie. — Trab. Soc. Biol., Barcelone 1918.

Ashner. — Wien. Klin. Wochensch. 1908, n° 44, 1529.

Aviragnet. — R. O. C au cours de l'intoxica. diphtéri. Pres. Méd. 1914.

Belugou. — Le R. O. C. Thèses Toulouse, 1914.

Belsky. — Zeitsch. f. Klin. Medir. 1909. Bd. LXVII, 515.

Blanc. — Le R. O. C. Thèses Montpellier, 1914.

Cantelli. — Le R O. C. paradoxal. Riforma Medica, 1917.

Cheinisse. — La Vagotonie. Sem. Médic., 20 nov. 1912.

Cluzet et Petzetakis. — Etude électrocardio. du R. O. C. Lyon Méd., fév. 1914.

Cluzet et Petzetakis. — Etude électrocard. du R. autocardial chez le lapin. C. R. Soc. de Biol., mai 1914.

Cornil. — Le R. O. C. dans le Schock. Soc. de Biol., oct. 1918.

Collet et Petzetakis. — R. O. C. dans les lés. traumat. des pneumogastr. Soc. de Biol., déc. 1916.

Cowan, Fleming et Kennedy. — The Lancett., 1912.

Dagnini. — Réflexes provo. ch. l. Hémip. pr. pres. d. gl. ocul. — Rivis. crit. di. Clin. Méd., 1909.

David. — Le R. O. C. Thèses de Toulouse, 1916.

Delava. — C. R. Soc. de Biol., avril 1914.

Dufour et Legras. — Syndrô. hypoova. et hypothyr. Soc. Méd. Hop. de Paris, 1914.

Duperié. — R. O. C. et plaies de poitrine. Réun. Méd. Chir. 5e Armée, 1916.

Dorlencourt. — R. O. C. au cours des états de Schock. Réun. Méd. 4e Armée, 1917.

Eppinger et Hess. — Zur pathol. der vegetat. nervensyst. — Zeitschr. f. Klin. Mediz., 1909.

Euzière et Margarot. — Le R. O. C. dans les états anxieux. *Gazette des Hôpitaux*, juin 1919.

Fabre et Petzetakis. — Persist. du R. O. C. pendant l'anest. génér. Soc. de Biol., fév. 1914.

Félix (Jean). — L'état du R. O. dans la syphilis. Anna. Derm. et Syphil., 1917.

Frédéric. — R. O. C. chez l'homme. Archi. Méd. Belges, 1918.

Gallavardin. — R. O. C. et automat. ventric. dans les bradye. Soc. Méd. Hôp., Lyon 1913.

Gallavardin, Duffourt et Petzetakis. — Automatis. ventric. intermittent spontané ou provoqué. Archiv. des mal. du cœur, 1914.

Garnier et Lévy-Frankel. — Modifica. du R. O. C. sous l'infl. de la gestation. Press. Médic., 1914.

Gaudrelet. — Le syst. nerv. autono. et sympathi. dans la vie végétative. Gaz. des Hôp., juin 1911.

Gaudrelet. — Du Ralentiss. du pouls au cours de la compres. ocul. dans la mal. de Basedow. Soc. Méd. Hôp. de Paris, avril 1913.

Gaudrelet. — R. O. C. chez les blessés de guerre. Press. Médic., août 1917.

Grosmann et Miloslawitch. — Wien. Klin. Rend., mars 1912.

Guillain et Dubois. — R. O. C. dans les paral. pseudobulb. Soc. Méd. Hôp. de Paris, mars 1914.

Hechit. — Wien. Klin. Wochenschr., 1912, n° 30.

Jacob. — R. O. C. exagéré par un goître. Soc. Méd. Hôp., 1919.

Laval et Girou. — Inversion du R. O. C., signe de compres. cérébr. Gaz. des Hôp., juillet 1919.

Laslet. — Quaterly Journ. of Medez, avril 1912.

Lesieur, Vernet et Petzetakis. — Considéra. physiopath. sur un cas d'arrêt du cœur par la compr. ocul. Soc. Méd. Hôp., Paris, 1914.

Lesieur, Vernet et Petzetakis. — R. O. C. Son exagération dans l'épilepsie. Bul. Soc. Méd. Hôp. de Paris, mars 1914.

Lesieur, Vernet et Petzetakis. — Aboli. fréq. du R. O. C. dans le Tabes (id.).

Lesieur, Vernet et Petzetakis. — Glycosurie, albuminurie, polyurie provo. par la Compres. ocul. chez les épilep. (id.).

Lesieur, Vernet et Petzetakis. — R. O. C. dans les tremblements séniles, alcooliques, basedowien, sclérose en plaques, Paralysie générale, Parkinson, (id.).

Lewis. — Quaterly Journal of. Medez, 1913.

Lœper et Mougeot. — Le R. O. C. dans les névroses gastriques. Soc. Méd. Hôp. de Paris, avril 1913.

Lœper et Mougeot. — L'absence du R. O. C. dans le Tabes.

Lœper, Mougeot et Warham. — Abolition fréquente du R. O. C. chez les syphilitiques. Progrès Médical, avril 1914.

Lœper et Mlle Weil. — Action favora. de la compres. ocul. sur cert. manifes. nerv. Progrès Médical, avril 1914.

Loohmann. — Angelm. Arch., 1904.

Miloslawi-ch. — R. O. C. dans les névroses digestives chez les éthyliques et les vagotoniques. Wien. Klin. Woch., 1910.

Maillard et Cadet. — R. O. C. chez les épileptiques. Soc. de Psychiatrie de Paris, juin 1914.

Milian. — Du ralentiss. du pouls radical au cours de la compr. ocul. dans la mal. de Basedow. Soc. Méd. Hôp. Paris, mai 1913.

Morat. — Syst. nerv. Traité de Physiol. de Morat et Doyon.

Mougeot. — Tachycardie paradoxale de hyperteudus et R. O. C. Progrès Méd., déc. 1913.

Mougeot. — R. O. C. dans le pouls alternant. Soc. de Biol., 1914.

Mougeot et Duverger. — Bradycardie et R. O. C. dans les traumatismes ocul., craniens, encéphaliques. Pres. Méd., déc. 1913.

Oppenheim. — Le pouls, la tension artér., et le R. O. C. dans les suites éloignées des traumat. craniens. Prog. Méd., février 1917.

Orlandi. — La valeur clinique du R. O. C. Riforma Medica, mars 1915.

Petzetakis. — L'épreuve de l'atropine, du nitrite d'amyle et de la compres. ocul. dans les bradye. totales. Soc. Biol., 1913.

Petzetakis. — Dissociation auriculo-ventric. et R. O. C. Soc. Biol., 1914.

Petzetakis. — Automatisme ventric. provo. par la compr. ocul. et l'atropine dans les bradyc. tot. C. R. Soc. Biol., 1914.

Petzetakis. — L'abolition du R. O. C. par l'atropine, son exagération par la pilocarpine et sa persistance pendant l'épreuve du nitrite d'amyle. (id.).

Petzetakis. — Phénom. circul. et respirat. provo. par la compres. ocul. (C. R. Soc. de Biol., février 1914).

Petzetakis. — Effets réflexes de la compression ocul. à l'état normal. Journal de Physio. et de Patho. génér., 1915.

Petzetakis. — L'épreu. paradox. de l'atropine. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1914.

Petzetakis. — R. O. C. et R. O. V. à l'état normal. (id.).

Pezzi et Clerc. — Journal de Phys. et de Path. gén., 1913.

Pezzi et Clerc. — Soc. de Biologie, janvier 1914.

Picot. — Le R. O. C. dans les lés. incompl. du pneumogastrique. Pres. Méd., avril 1919.

Roubinowitch. — Abolition ou inversion du R. O. C. dans les Hémiplégies et les Diplégies. Pres. Méd., 1914.

Roubinowitch. — Compresseur ocul. pour la recher. du R. O. C. (id. 1916).

Sainton. — Le R. O. C. Paris Médical, 1914.

Sainton. — Le R. O. C. dans le Syndrôme de Basedow. Bull. Méd. 1913.

Sainton. — Le R. O. C. et les troubles subjectifs des trépanés. Bull. Acad. de Méd., déc. 1913.

Valotère. — Le R. O. C. chez les trépanés (Thèses de Montpellier, 1917).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 8 avril 1920.
Le Recteur :
JEAN COULET.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 6 avril 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !